

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

656

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André - Guillaume GREZE

Né le 5 Août 1909 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

La fugue, signe révélateur
d'une forme aiguë
d'encéphalite épidémique

Ses conséquences médico-légales

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André - Guillaume GREZE

Né le 5 Août 1909 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

La fugue, signe révélateur
d'une forme aiguë
d'encéphalite épidémique

Ses conséquences médico-légales

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1940

LE DOYEN M. BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUTLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNÉL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.). Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		LEVEUF.	
GASTINEL		MOULONGUET.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).		QUÉNU.	
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
METZGER.			
PORTES.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N... ..	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale*

Membre de l'Académie de Médecine

En hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN : 1928-1929.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT : 1929.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE : 1930-1931.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT : 1931-1932.

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET : 1932-1933.

MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD : 1933-1934.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY : 1934-1935.

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE : 1936-1937.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT : 1937-1938.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON : 1937-1938.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY : 1938-1939.

MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD : 1939.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY : 1940.

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES
OFFICIERS, SOUS-OFFICIERS ET CAVALIERS

DU 73^e G. R. D. I.

Morts pour la France

INTRODUCTION

Depuis les premières observations de Cruchet et de ses collaborateurs, de Von Economo, l'encéphalite épidémique a fait l'objet de nombreuses études, communications et rapports, au point de vue clinique et neurologique proprement dit.

Mais dès les premières observations, Cruchet, Moutier et Calmette attirèrent l'attention sur le polymorphisme clinique de cette nouvelle affection et relevèrent la fréquence des formes psychiques de l'encéphalite épidémique.

Très rapidement, de nombreux auteurs, parmi lesquels Achard, Logre, Netter, signalèrent l'apparition de troubles psychiques non seulement au cours de la maladie confirmée, mais au début de celle-ci, avant même que les manifestations neurologiques aient acquis leur plein développement.

Bassoc, en 1918, note des troubles de l'attention qui vont même jusqu'à la stupeur.

Briand et Rouquier, en 1920, identifient les formes mentales de la maladie et très vite d'ailleurs, ces auteurs distinguent, au Congrès des Aliénistes de Strasbourg de 1920, les formes mentales primitives, d'une

part, les séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique, d'autre part.

Dans les années suivantes, de nombreux auteurs, parmi lesquels Truelle et Petit, au Congrès des Neurologistes de Quimper, en 1922, étudient les syndromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique, ses formes psychiques pures, et signalent un grand nombre de réactions médico-légales, au cours de cette maladie.

C'est en 1921 qu'apparaissent les premières observations d'ordre médico-légal, avec les communications de G. Petit, de Chavigny et Gelma, les rapports de M. Briand à l'Académie de Médecine, montrant que l'encéphalite épidémique, dans ses formes, soit classiques, soit frustes, peut débiter par une période plus ou moins longue de troubles du caractère et que les malades peuvent, à ce moment, présenter des impulsions pouvant aboutir à des réactions d'ordre médico-légal.

Depuis, cette date, de nombreuses observations ont surtout relaté les troubles psychiques secondaires à l'encéphalite épidémique chez l'adulte ou chez l'enfant, ainsi que le comportement médico-légal en face de ceux-ci, et il semble bien que les troubles psychiques primitifs révélateurs d'une encéphalite qui, ultérieurement, va se déclancher, aient été relégués au second plan.

C'est ce que signale Fribourg-Blanc, en 1928, au Congrès de Médecine Légale de Langue Française.

Cet auteur, dans son rapport sur « les réactions anti-sociales de l'encéphalite épidémique » décrit l'apparition de délires, d'impulsions de fugues qui surviennent, soit comme mode de début, soit comme un épisode au cours d'une encéphalite avérée, et en discute les conséquences au point de vue médico-légal.

Il nous a semblé utile d'étudier les caractères de la fugue à la phase prémonitoire de l'encéphalite épidémique, avant que n'apparaissent les signes neurologiques de l'affection, à l'occasion de l'hospitalisation, dans le service de notre maître, le docteur Monier-Vinard, de deux malades qui, dans les jours suivant une fugue, ont présenté chacun une encéphalite épidémique manifeste.

Dans l'étude qui va suivre, nous n'envisagerons que les fugues qui ont été le premier symptôme d'une encéphalite, avant même l'apparition des signes neurologiques de celle-ci.

Nous laisserons systématiquement de côté les fugues si fréquentes qui s'observent après une atteinte encéphalitique, comme séquelle de celle-ci et s'accompagnent de tout un cortège psychique et neurologique si particulier aux post-encéphalitiques.

OBSERVATIONS

Les deux malades dont les observations vont suivre ont été hospitalisés à l'hôpital Ambroise-Paré, dans le service de notre maître, le docteur Monier-Vinard, pendant le cours de l'année 1938.

Tous deux ont été amenés à l'hôpital à la suite d'une fugue dont la durée fut variable.

En effet, pour l'un d'eux (observation I), cette fugue a été longue, s'étendant sur plusieurs semaines, et, fait important à retenir, elle a été récidivante.

Pour l'autre malade (observation II), la fugue, isolée, fut relativement brève et ne dura que quelques jours.

Dans les deux cas, le fait caractéristique est dû à l'existence d'une fugue et celle-ci fut le premier gros symptôme anormal et révélateur qui précéda l'éclosion de l'encéphalite aiguë épidémique, d'une intensité variable, d'ailleurs, pour chacun de ces malades.

OBSERVATION I. — Yves R...

Le malade, âgé de 32 ans, docteur en médecine, entre dans le service le 15 juin 1938 pour un état de somnolence et de torpeur consécutif à une fugue.

D'après les renseignements fournis par la famille, on apprend que son comportement avait été tout à fait normal jusqu'au début de l'année.

Il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Il accomplit correctement ses études secondaires et ses études médicales au cours desquelles il a été nommé au concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

Il s'installe dans un bourg de Normandie en 1933 et acquiert rapidement une importante clientèle.

Il se marie en 1935 et sa femme nous apprend qu'au début de l'année 1938 le caractère de son mari commence à se modifier.

Il devient nerveux, irritable, manque de goût au travail et laisse périliter sa clientèle qu'il abandonne peu à peu, ne se rendant pas au chevet des malades qui réclamaient ses visites, tout en laissant croire à sa femme qu'il s'y rendait, et il profitait de ces absences pour aller dans les cafés de la ville voisine.

Un soir, sa femme le trouve hagard, effrayé, caché dans la cave de sa maison, mais elle met cet épisode terrifiant sur le compte du surmenage.

Il s'engage dans des dépenses inconsidérées, et ayant acheté une nouvelle automobile, il va peu de jours avant sa fugue la payer avec un chèque sans provisions.

Au milieu du mois de mai 1938, il annonce qu'il part à la ville voisine pour effectuer quelques courses, mais le soir il ne rentre pas.

Inquiète de cette absence la famille entreprend des recherches et elle le retrouve par hasard au bout de quinze jours dans une ville du bord de la mer, en Bretagne, où il s'était rendu et où il vivait à l'hôtel.

On l'interroge et il ne peut donner de détails sur ce qu'il a fait, sur ses moyens d'existence pendant une absence qui a duré plus de quinze jours et au cours de laquelle l'enquête de la famille apprend qu'il s'est aussi rendu à Bordeaux où il a vendu à un prêteur le boîtier en or de sa montre, conservant sur lui le mécanisme de celle-ci.

De plus, les recherches de la famille apprennent qu'avant son départ il avait liquidé et emporté son compte en banque et qu'il n'avait plus d'argent sur lui.

Sur ses déplacements et les motifs de ceux-ci, il ne peut donner de renseignements.

Quand sa femme lui a demandé pourquoi il s'était rendu dans cette ville de Bretagne où on venait de le retrouver, il répond : « C'est une belle ville ».

Il ne se souvient pas de tout ce qu'il a fait pendant cette fugue qui a duré plus de quinze jours.

Il demande pardon à sa femme et celle-ci n'accorde pas une importance pathologique à cette fugue qu'elle met sur le compte du surmenage.

Sa femme l'emmène alors dans sa famille, aux environs de Paris, pour qu'il s'y repose.

Dès le surlendemain, il apprend qu'il était encore possesseur d'un compte de chèques postaux contenant de l'argent.

Il part à nouveau, passe par Paris où il liquide son compte et prend le train pour cette ville de Bretagne, d'où, au bout de quelques jours, il écrit à sa femme une lettre incohérente pour lui réclamer de l'argent.

Sa famille va le chercher et le trouve dans cette ville, accoudé aux remparts du bord de la mer, comme « plongé dans un rêve », sans savoir où il est, comment

il y est venu, mais ayant présenté pour ses hôteliers le comportement d'un voyageur normal.

La famille règle sa note d'hôtel, car il n'avait plus d'argent sur lui. Le soir même il se plaint d'un violent mal de tête, manque d'appétit et se couche.

Le lendemain matin, il faut le secouer violemment pour le réveiller ; il se plaint toujours de céphalée violente, vomit à plusieurs reprises, et dans le trajet en voiture de Bretagne à Paris. il s'endort sans qu'on puisse le réveiller.

A ce moment on constate que son pouls est très ralenti et bat à quarante pulsations par minute.

C'est devant ce sommeil anormal succédant à une fugue qui a enfin éveillé l'inquiétude de la famille, qu'on l'emmène à l'hôpital Ambroise-Paré où il est admis d'urgence dans la soirée du 14 juin 1938.

A l'examen le 15 juin 1938 :

Le malade est dans un état permanent de torpeur.

Réveillé grâce à de fortes excitations, il est lucide pendant quelques instants, puis retombe dans sa torpeur.

Il est couché dans une attitude en chien de fusil qu'il conserve pendant toute la journée.

Sa motilité est normale et bien coordonnée pour les membres supérieurs, inférieurs et la face.

Sa parole est un peu embarrassée, mais il faut tenir compte de son état de torpeur.

Il existe une légère raideur des muscles vertébraux.

On note une hyperesthésie diffuse.

Les réflexes sont d'une façon générale très diminués, l'achilléen droit est à peu près complètement aboli.

Il n'y a pas d'automatisme.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Le réflexe cutané abdominal inférieur droit est très faible, alors que les autres réflexes cutanés abdominaux sont d'une intensité normale.

Le pouls est très ralenti et bat à 38 pulsations par minute, mais l'intervalle entre deux pulsations est variable, tantôt court, tantôt plus long.

La température est à 37°.

La tension artérielle est à 14-7 au Vaquez.

Le rythme respiratoire est irrégulier avec des pauses.

Il existe une rétention d'urines nécessitant le sondage, de la constipation.

Les vomissements sont fréquents.

L'examen de l'œil montre :

Des pupilles normales, égales se contractant bien à la lumière et à la distance. La sensibilité cornéenne est normale.

On note quelques secousses de nystagmus dans le regard latéral extrême à droite et à gauche, mais pas dans le regard vertical.

Le fond d'œil est normal à gauche. A droite il existe un léger flou nasal. Les veines ne sont ni très larges ni très flexueuses.

Le 16 juin 1938 :

La somnolence est plus accentuée.

Le hoquet est fréquent surtout au moment de l'examen.

Le pouls est à 52, la respiration est irrégulière.

A l'examen oculaire : Secousses nystagmiques de courte durée dans le regard latéral.

Même état du fond d'œil.

Pas de stase.

La nuque est raide et douloureuse, on trouve un signe de Kernig léger.

Il n'y a pas de signe de Babinski.

Les réflexes cutanés abdominaux et tendineux sont dans le même état.

On pratique alors une ponction lombaire qui montre :

Cytologie : 2,2 éléments blancs par mm³.

Albumine : 0 gr. 22.

Glycorachie : 0 gr. 87 pour mille.

B. W. dans le liquide céphalo-rachidien négatif.

Urée sanguine : 0 gr. 59.

B. W. dans le sang négatif.

On fait alors un abcès de fixation et de l'urotropine intraveineuse.

Le 17 juin 1938 :

Le hoquet persiste par crises.

Le pouls est toujours très ralenti.

La somnolence est moins intense.

Le nystagmus disparaît, la convergence oculaire est bonne.

Le 18 juin 1938 :

Hoquet incessant avec vomissements très abondants.

Le pouls est à 70 avec quelques irrégularités.

La somnolence tend à diminuer.

Le 19 juin 1938 :

Le hoquet persiste mais cependant le malade se trouve mieux malgré quelques vomissements.

Le pouls est à 70.

Le malade urine et va à la selle spontanément.

Le 20 juin 1938 :

Le malade est beaucoup plus éveillé.

Il se plaint cependant de la persistance du hoquet.

Il n'y a pas de troubles de la motilité oculaire, pas de diplopie. Le fond d'œil demeure inchangé.

Le 21 juin 1938 :

Le hoquet diminue et la sensation de barre thoracique qui l'accompagnait disparaît peu à peu.

La nuque n'est plus douloureuse.

Le 24 juin 1938 :

Une crise urinaire s'installe.

Le 25 juin 1938 :

La somnolence diurne fait à nouveau son apparition et elle s'accroît de jour en jour.

Le 29 juin 1938 :

On fait un second abcès de fixation et à ce moment apparaissent pendant quelques secondes dans l'hémiface droite des myoclonies.

Le 30 juin 1940 :

Le malade se plaint de voir trouble les deux yeux ouverts et de voir normalement quand il ferme un œil.

La convergence ne peut être maintenue sans douleur.

Il en est de même pour les positions latérales extrêmes du regard.

Dans la matinée, le malade était somnolent quand il a un réveil spontané, en sursaut, brutal et désagréable.

Le 2 juillet :

La diurèse oscille entre 3 et 5 litres par 24 heures.

Le malade est à nouveau très amélioré par l'abcès de fixation qui a déclanché une poussée thermique à 39° et une hyperpolynucléose (44.000 G. B. dont 72 % de poly).

Le 4 juillet :

La diplopie, la céphalée, les vomissements apparaissent.

La fièvre est à 38°8.

Le 6 juillet :

Après collection et incision de l'abcès, la fièvre, la céphalée, les vomissements et la diplopie disparaissent définitivement.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 17 juillet 1938.

Après deux mois de convalescence et de repos, il a pu reprendre ses occupations d'une façon tout à fait normale.

Il n'a plus fait de fugues et n'a présenté aucun symptôme psychique ou neurologique jusqu'en août 1939. Il a été mobilisé à la fin d'août 1939 et il a fait toute la guerre comme médecin de bataillon d'un régiment d'infanterie sans ressentir aucun trouble.

OBSERVATION II. — Serge P...

Le malade, âgé de 42 ans, ajusteur, entre dans le service le 18 octobre 1938 après une fugue de cinq jours dont il n'a gardé aucun souvenir.

Le mardi 6 septembre, dans l'après-midi, il part comme d'habitude à son travail ; le soir, comme il n'était pas rentré chez lui sa femme s'inquiète et le lendemain se rend à son usine où on lui apprend que son mari ne s'était pas présenté depuis douze jours.

Le samedi 10 septembre au soir, à 22 heures, il arrive chez sa mère, à Montigny-sur-Loing, à plus de 80 kilomètres de Paris.

Sa seule parole en arrivant est : « Maman, j'ai mal aux pieds », puis demande à se coucher, et le lendemain dimanche, en se réveillant, il reconnaît l'entourage et s'étonne de se trouver chez sa mère.

En somme, il semble que cette période présente deux phases :

— Une première phase de douze jours jusqu'au 6 septembre pendant laquelle le malade partait régulièrement à son travail, mais il ne s'y rendait pas. Le soir il rentrait chez lui.

Il ne se souvient pas de ce qu'il faisait pendant la période où il était supposé être à son atelier.

— Une deuxième phase de six jours pendant laquelle il disparaît complètement de chez lui et se rend chez sa mère, à 80 kilomètres de Paris.

Il ne garde aucun souvenir de ce qu'il a fait pendant cette période et ne peut expliquer pourquoi et comment il a effectué ce voyage.

D'après son état de fatigue, de saleté et d'usure de ses vêtements, sa famille suppose qu'il a fait le voyage à pied.

Depuis cette fugue, il présente :

— Une polydipsie importante, buvant 4 litres de liquide (lait et bouillon) par 24 heures.

— Une polyurie très nette, il était obligé de se lever 3 ou 4 fois par nuit pour uriner.

Sa femme nous apprend en plus, un symptôme important :

Depuis le mois de mars 1938, époque à laquelle il fut soigné pour une affection hépatique, le malade présentait un état de somnolence qui allait peu à peu en augmentant.

C'est ainsi que sa femme, en rentrant le soir de son travail le trouvait endormi dans son fauteuil, parfois même après le repas de midi, il s'endormait et il fallait le réveiller pour qu'il se rende à son atelier.

Cette somnolence s'est surtout accentuée depuis le mois d'août 1938.

De plus, apparaissent vers cette époque :

— Des troubles psychiques caractérisés par une perte de la mémoire et de l'indifférence ;

— Des troubles oculaires, le malade ayant parfois la sensation d'avoir un brouillard devant les yeux, mais il n'y eut jamais de diplopie.

Il n'a jamais présenté d'hypersalivation ou de hoquet.

Dans ses antécédents on relève :

— Des notions nettes d'éthylisme chronique (2 litres de vin par jour) ;

— Pas de convulsions.

Examen du 18 octobre 1938 :

On est en présence d'un malade qui semble assez indifférent à ce qui se passe autour de lui.

L'étude des fonctions de la mémoire montre des troubles, surtout en ce qui concerne la fixation par exemple :

D. — De quelle classe êtes-vous ?

R. — Classe 1916.

D. — Quel est votre âge ?

R. — 42 ans.

D. — Quel était le Président de la République avant Lebrun ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Comment est mort le Président Doumer ?

R. — Assassiné.

D. — Qu'y a-t-il eu en février 1934 ?

R. — Des émeutes.

D. — Qu'y a-t-il eu d'important à Paris en juillet 1938 ?

R. — Se souvient à peine de la visite des souverains anglais à laquelle il a assisté.

D. — Qu'y a-t-il eu de grave en septembre 1938 ?

R. — Je ne le sais pas.

D'autre part, il ne se souvient pas de ce qu'il a lu la veille dans les journaux.

Sa volonté est très amoindrie, il n'a même plus celle de se lever, se laver, de lire un journal.

Son jugement est altéré, il estime que tout va bien, qu'il est en bonne santé, que son comportement a été normal et il ne s'étonne pas de sa fugue.

Son caractère s'est modifié depuis février 1938.

Il est devenu taciturne et renfermé ; c'est ainsi que depuis février il ne parle plus à sa femme de son travail à l'atelier, des menus faits de la vie quotidienne, dont il l'entretenait auparavant.

Il est maintenant indifférent aux événements récents, il ne lit plus les journaux pour se tenir au courant, il se contente d'y jeter un coup d'œil pour voir les images.

En résumé le malade présente des troubles portant sur :

- la mémoire de fixation ;
- la volonté ;
- le caractère.

A l'examen oculaire :

Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière et à la distance.

La convergence des yeux est normale, il n'y a pas de troubles de la musculature extrinsèque.

Pas de ptosis de la paupière supérieure.

Examen neurologique :

Réflexes tendineux normaux aux membres inférieurs et symétriques.

Réflexes crémastériens et cutanés abdominaux normaux.

Réflexe cutané plantaire en flexion des deux côtés.

Aux membres supérieurs :

Tous les réflexes sont normaux.

Le réflexe stylo-radial des deux côtés se produit en déclanchant un mouvement d'extension de la main.

Aux mouvements de prono-supination provoquée on note une exagération du tonus du côté droit.

Au niveau de la face :

La commissure labiale du côté gauche est légèrement attirée vers le haut, traduisant une hypertonie des muscles faciaux de ce côté.

Le foie déborde le rebord costal de 2 travers de doigt.

Le cœur est normal, la tension artérielle à 16-8 au Vaquez.

Il n'y a pas de fièvre.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le B. W. est négatif dans le sang.

Formule sanguine, le 19 octobre 1938 :

G. R. : 3.900.000.

G. B. : 6.000.

Pourcentage :

57,5 polynucléaires.

6,5 lymphos.

34 monos.

2 eosinophiles.

On pratique le traitement par l'urotropine intraveineuse et un abcès de fixation est institué le 19 octobre 1940.

Le 21 octobre, la température monte à 39° et le 22 on incise l'abcès, la température retombe à la normale le 27 octobre.

Le 31 octobre, une ponction lombaire montre :

Tension : 12-40-9 à l'appareil de Claude.

Cytologie : 0,5 éléments blancs.

Albumine : 0 gr. 20.

Sucre : 0 gr. 80 pour mille.

B. W. négatif.

Le traitement à l'urotropine intraveineuse alterne avec l'iode de sodium intraveineux pendant deux mois, et le malade sort de l'hôpital le 23 décembre 1938, pour reprendre son travail.

Il ne présente plus de signes cliniques neurologiques, il n'a toujours pas le souvenir de sa fugue et de ce qu'il a fait pendant celle-ci, mais il se souvient un peu des événements antérieurs à elle.

C'est ainsi qu'il sait maintenant que pendant les quelques jours qui ont précédé sa fugue, il se rendait sur les bords de la Seine et regardait pendant toute la journée les pêcheurs.

Il répond maintenant parfaitement aux questions posées sur les principaux événements, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui.

Il a alors repris normalement son métier d'ajusteur et n'a plus eu d'accidents analogues à ceux qui l'ont amené à l'hôpital.

Tels sont les faits observés chez deux de nos malades, en 1938.

Ceux-ci, à la suite d'une fugue, présentèrent les symptômes d'une encéphalite aiguë épidémique.

Ce fut une forme typique avec somnolence et myoclonies pour le malade de l'observation I.

Le malade de l'observation II présenta une forme légère à symptomatologie surtout mentale.

Il nous a paru utile de rechercher dans la littérature des faits analogues où la fugue avait précédé l'éclosion de l'encéphalite.

Or, ces cas sont rares, surtout si on les compare à la fréquence de ceux signalés par de nombreux auteurs sous forme d'impulsions, phobies, délits, fugues secondaires à une encéphalite épidémique survenue soit chez l'adulte, soit surtout chez l'enfant.

Au contraire, il est rare que ces mêmes faits aient été décrits quand ils précèdent, comme dans les observations de nos deux malades, l'éclosion d'une encéphalite épidémique.

Le 25 avril 1921, G. Petit décrit, à la Société médico-psychologique, sous le titre « Encéphalite épidémique et divorce », le cas d'une jeune femme qui, le soir même de son mariage, fit une fugue, désertant ensuite à plusieurs reprises le domicile conjugal; ces fugues furent le début d'une forme mentale d'encéphalite épidémique qui a évolué ensuite à l'asile où la malade a été internée.

Peu de temps après, le 29 juillet 1921, Chavigny et Gelma communiquèrent à l'Académie de Médecine une observation intitulée « Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale ».

Ces auteurs montrent que les prodromes de l'encéphalite peuvent être caractérisés par des réactions impulsives.

Un malade de 22 ans est arrêté le 4 juillet 1920, à Strasbourg pour vol d'une bicyclette.

Le vol semblait avoir été commis par un sujet normal et lucide.

S'étant emparé d'une bicyclette, le malade s'était esquivé rapidement et comme des personnes lancées à sa poursuite l'avaient arrêté, il avait tenté de les corrompre par l'offre d'une somme de 100 francs.

Conduit à la prison, le malade souffre le lendemain 5 juillet, d'un état nauséux, de vomissements, de fièvre, et apparaît confus, inconscient de sa situation, incapable de se rappeler le motif de son incarcération.

Il fut alors le lendemain 6 juillet transféré à l'hôpital.

A son entrée, le 6 juillet, il présente un léger état fébrile, de la photophobie, de la céphalée frontale, de la raideur de la nuque, des troubles oculaires (diplopie croisée dans le regard externe gauche, diplopie homonyme dans le regard externe droit) révélateurs d'une atteinte des noyaux de la III^e paire gauche et de la VI^e paire droite, un pouls lent et irrégulier, des réflexes tendineux éréthiques, mais plus vifs à droite qu'à gauche, des vomissements fréquents.

Dans le liquide céphalo-rachidien, 3 gr. 40 de glucose, légère albuminose, lymphocytose pure moyenne. Liquide clair, hypertendu, stérile aux cultures. B. W. négatif.

En quelques jours, atténuation progressive et disparition des symptômes. A la ponction lombaire, disparition de la lymphocytose.

Cette évolution rapide et heureuse semble avoir bénéficié du traitement (injections sous-cutanées du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, et urotropine).

Pendant les dix jours d'hospitalisation, le malade n'a présenté ni somnolence, ni agitation, ni hallucinations, mais une amnésie lacunaire rétrograde presque complète correspondant à la période qui a précédé son admission à l'hôpital.

L'un de nous, commis pour examiner l'inculpé, constata les symptômes de l'encéphalite, admit comme légitime l'amnésie invoquée par le sujet et déclara celui-ci irresponsable en raison de l'état d'inconscience dans lequel l'acte avait été commis.

L'examen psychiatrique permit de relever chez le malade, non seulement l'amnésie post-confusionnelle, mais de la fabulation, des récits inexacts, mélange de faits réels et de faux souvenirs, d'idées fixes post-oniriques et d'explications fantaisistes.

Il est impossible au malade de préciser l'emploi de son temps, il se rappelle seulement être arrivé à Strasbourg, s'être perdu en ville, et avoir acheté pour 100 francs à un individu qui lui ressemblait beaucoup la bicyclette qu'il avait dérobée.

Il ne peut accepter la relation de la réalité malgré les faits et les explications formulées devant lui.

L'hypothèse de la simulation ne peut être soutenue en raison de la certitude de l'encéphalite épidémique.

Le délit a donc été commis à la phase d'invasion de la maladie en une période de vigilambulisme inconscient prodromique de l'encéphalite, pendant laquelle les malades peuvent se livrer automatiquement à des actes extravagants, désordonnés, qui ne s'inscrivent pas dans la mémoire et ne peuvent ainsi être évoqués par elle.

Cette observation de Chavigny et Gelma montre donc un malade qui commet un délit, tente ensuite de s'échapper, ne conserve de ces faits qu'un souvenir très incomplet, et 48 heures après, le malade présente tous les symptômes d'une encéphalite épidémique.

Le fait notable, dans cette observation, est la brièveté qui s'écoule entre le délit et les premiers signes de la maladie, puisque deux jours après les causes qui ont motivé l'incarcération du malade, apparaissent les premières manifestations neurologiques de l'encéphalite.

Enfin, le 21 novembre 1921, dans une communication à l'Académie de Médecine, M. Briand étudie, en citant les cas de G. Petit, de Chavigny et Gelma, les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique.

Cet auteur signale la possibilité de formes d'encéphalite épidémique à symptomatologie mentale primitive, débutant par de simples troubles psychiques dont l'apparition peut entraîner des réactions médico-légales.

Dans une pareille forme mentale primitive, le malade peut alors commettre des actes inconscients ou semi-conscients avant que le diagnostic étiologique en soit posé.

Ces formes mentales primitives s'accompagnent souvent d'onirisme, d'hallucinations terrifiantes, d'anxiété avec, comme conséquences, des fugues et des impulsions diverses.

Il en fut ainsi pour notre premier malade, qui, avant d'exécuter sa fugue, fut trouvé par sa femme hagard et terrifié dans sa cave, peut-être sous l'influence d'une hallucination.

Et l'auteur cite le cas d'une jeune fille âgée de 18 ans :

Elle cherche à se procurer en les volant chez un costumier, des vêtements de théâtre lui permettant de vivre un roman d'aventures dont elle rêvait.

Peu après, devait se réaliser une encéphalite aiguë épidémique. Mais par la suite, elle ne se souvenait plus de son délit.

Dans la même communication, M. Briand rapporte le cas d'un soldat hospitalisé qui, une nuit, se lève, dérobe les vêtements d'une infirmière, cherche à s'échapper de l'hôpital où il était en traitement pour un épisode fébrile d'allure jusque-là normal.

Il est alors arrêté par un sous-officier de ronde qui s'aperçoit qu'il s'agit d'un homme déguisé en femme.

Le lendemain, le malade, confus et désorienté, ne se souvenait que vaguement des actes qu'il avait commis comme dans un rêve.

Ce malade avait donc réalisé un vol, préparé une fugue et peut-être une désertion.

Il devait mourir peu de jours après avec tous les signes physiques d'une encéphalite épidémique.

LA FUGUE

AU DÉBUT DE L'ENCEPHALITE

Si l'on reprend la définition de la fugue décrite par Raymond, dans ses leçons de la Salpêtrière, on peut, comme cet auteur, la définir de la façon suivante :

C'est avant tout une impulsion irrésistible à accomplir cet acte, puis l'accomplissement intelligent et coordonné de celui-ci, suivi de l'oubli complet de la période plus ou moins longue pendant laquelle le malade a accompli cette action.

C'est donc un acte impulsif, plus ou moins compliqué suivant la durée et la distance sur lesquelles la fugue s'étend, bien coordonné et suivi d'amnésie.

En fait, les fugues que nous avons en vue dans la phase prémonitoire de l'encéphalite épidémique, avant que les signes neurologiques n'aient effectué leur apparition, peuvent donc être considérées comme :

Une fuite brusque hors de la vie habituelle du sujet, imprévisible pour l'entourage du malade et pour l'observateur, déterminée par un trouble mental, s'accomplissant hors du contrôle de la conscience

habituelle du malade et se terminant par un retour à cette conscience sans que le malade ait gardé de cette fugue le souvenir précis, en ce qui concerne les causes et les circonstances de celle-ci.

Si nous reprenons les caractères des fugues présentées par nos malades, nous voyons que celui de l'observation I, âgé de 32 ans, médecin, normal au point de vue psychique jusqu'au début de l'année 1938, présente, à partir de ce moment, des troubles du caractère, perdant peu à peu le goût du travail, devenant irritable jusqu'au début du mois de mai 1938.

Il fait alors, presque coup sur coup, deux fugues qui, chacune, fut de longue durée et entraîna un long déplacement.

Chacune de ses fugues fut impulsive, puisque rien pour la famille ne laissait prévoir son départ.

Elles furent longues, durant, la première, quinze jours, la seconde, plus de huit.

Chacune, quoique leur exécution fût difficile, a été bien coordonnée.

En effet, le malade a dû prendre le train, payer son billet de chemin de fer, pour aller de chez lui en Bretagne, de Bretagne à Bordeaux, où il vendit le boîtier en or de sa montre, de Bordeaux en Bretagne, vivre à l'hôtel où sa famille l'a retrouvé.

Pendant ces longs déplacements, il n'a pas donné prise à la critique des gens qui, par hasard, vivaient auprès de lui, son comportement paraissait normal à ses hôteliers.

Enfin, quand sa famille l'eut retrouvé il a été incapable de donner le moindre détail sur ses déplacements; il ne pouvait expliquer pourquoi et comment il avait fait ces voyages, ne se rendait pas compte de la raison pour laquelle il avait vendu sa montre à Bordeaux, comme en faisait foi un papier du bijoutier qui la lui avait achetée.

Il avait donc de tous ses actes une amnésie complète portant sur les motifs et les moyens avec lesquels il avait accompli ces déplacements.

Après une fugue récidivante, puisque une seconde fois il échappe à la surveillance de sa famille, le malade a présenté les symptômes d'une encéphalite épidémique.

Il s'agit là d'une fugue impulsive par son début, coordonnée par suite des circonstances difficiles où elle a été effectuée, amnésique en raison de la perte totale des souvenirs se rapportant à cette période, suivie à l'issue de la fugue par l'éclosion des signes neurologiques de l'encéphalite.

Dans notre deuxième observation, il s'agit d'un malade de 42 ans, plus âgé que le précédent, ajusteur, au comportement normal jusqu'au mois de mars 1938.

A partir de ce moment il présente, aux dires de sa femme, des troubles de la mémoire, une légère somnolence diurne.

En septembre 1938 il vagabondait pendant douze jours tandis que sa femme le croyait au travail, puis il fait pendant cinq jours une fugue, à pied vraisem-

blement, qui l'emmène de Paris à Montigny-sur-Loing.

Il ne peut retrouver dans sa mémoire la moindre trace de sa fugue, comme de ce qu'il a fait pendant les douze jours où il manquait à son travail avant sa fugue.

Du 10 septembre, moment où il arrive chez sa mère, à 80 kilomètres de Paris, au 18 octobre, date de son entrée dans le service, il n'a présenté que des troubles de la mémoire, de la volonté, du caractère, et ce n'est qu'au moment du premier examen médical que l'on a pu mettre en évidence des signes légers de la série encéphalitique.

Comme pour le malade précédent on se trouve donc en présence d'une fugue impulsive par son déclenchement, coordonnée étant donné que le malade a pu se rendre loin de chez lui à pied sans éveiller l'attention et avant cette fugue manquer à l'atelier sans que sa femme le soupçonne, amnésique enfin puisque le malade n'a gardé aucun souvenir des jours passés hors de chez lui.

Dans les cas signalés par M. Briand, il s'agit dans un premier ordre de faits d'une jeune fille qui vole des vêtements de théâtre pour vivre un roman d'aventures, tente de s'enfuir et peu après présente des signes nets d'encéphalite.

Un autre malade tente de s'évader d'un hôpital militaire après avoir revêtu les vêtements d'une infirmière.

Le lendemain, ce malade, confus et désorienté, ne se souvenait que très vaguement des actes qu'il avait commis comme dans un rêve.

Peu après il devait mourir avec tous les signes de l'encéphalite.

Le malade de Chavigny et Gelma, après le vol d'une bicyclette, s'enfuit. Rattrapé, il essaye de corrompre ceux qui l'ont arrêté et son comportement semble normal.

Le lendemain il est confus et amnésique, inconscient de la situation dans laquelle il se trouve.

Le surlendemain il présentait tous les symptômes d'une encéphalite épidémique dont il devait guérir, mais il conservait une amnésie lacunaire rétrograde, s'étendant sur la période qui précédait son entrée à l'hôpital et il essayait de combler cette amnésie par un mélange de faux souvenirs, de faits plus ou moins réels et de la fabulation.

Il s'agit donc là d'une fugue au cours de laquelle le malade a commis un délit et cette fugue a pour caractère essentiel d'être inconsciente et amnésique.

Cette amnésie, nous la retrouvons dans toutes les observations de fugues pré-encéphalitiques, aussi bien dans celles de nos malades que dans celles de Chavigny et Gelma ou de M. Briand.

C'est là un point important sur lequel nous aurons à revenir en étudiant les caractères de la fugue précédant l'encéphalite et ses relations avec cette maladie.

CARACTÈRES DES FUGUES PRÉ-ENCÉPHALITIQUES

Dans ce chapitre nous aurons principalement en vue les différentes caractéristiques de la fugue lorsque celle-ci apparaît comme le premier symptôme d'une encéphalite épidémique, alors que les signes neurologiques ne vont faire leur apparition que plus tardivement après une période plus ou moins longue. Un des premiers symptômes qui frappe l'observateur, c'est le caractère impulsif de la fugue.

1° - L'IMPULSIVITE

L'impulsivité dans la fugue n'est certes pas un caractère propre à la fugue des prodromes de l'encéphalite car cette qualité est commune à beaucoup de fugues, qu'il s'agisse des fugues des épileptiques, des déments ou des paralytiques généraux.

Chez nos malades ce caractère impulsif est net.

Dans l'observation de notre premier malade, nous voyons que celui-ci a réalisé une fugue que rien ne laissait prévoir.

Certes des phénomènes anormaux, chez un sujet jusque-là normal, tels que le dégoût du travail, des

dépenses exagérées, des hallucinations auraient pu donner l'éveil, mais aucun signe neurologique n'avait encore fait apparition.

Ce n'est que beaucoup plus tard, un mois après le début de la fugue, que l'encéphalite épidémique jette le masque et se révèle par une somnolence brutale qui éveille enfin l'attention.

L'observation de la fugue de notre deuxième malade est à peu près calquée sur la précédente.

Rien ne laissait prévoir à l'entourage la fugue et le vagabondage prémonitoire de celle-ci.

Cependant la famille signalait l'existence d'une somnolence diurne qu'elle mettait volontiers sur le compte de la fatigue causée par le métier de cet homme, de même que les troubles de la mémoire et du caractère qui étaient d'apparition récente.

Sa fugue a donc été l'accident révélateur d'une forme mentale d'encéphalite où prédominaient les troubles de la mémoire, de la volonté, de l'attention alors qu'au contraire les signes cliniques neurologiques de la série encéphalitique étaient limités à une légère contracture et une asymétrie de la réflectivité tendineuse.

Les deux malades de M. Briand ont chacun fait une fugue d'apparition brutale que rien ne laissait prévoir, peu de temps avant de présenter les signes cliniques de l'encéphalite à laquelle l'un d'entre eux devait succomber.

Le sujet de Chavigny et Gelma était normal jusqu'au moment où il fit une fugue et commit un vol

dont le caractère pathologique a été révélé deux jours après par l'écllosion de l'encéphalite.

Nous voyons donc dans ces diverses observations apparaître un des caractères de la fugue du début de l'encéphalite, c'est l'impulsivité, car rien ne permet de le prévoir.

Mais c'est là un caractère commun à de nombreuses fugues dont les causes peuvent être tout autres, c'est une qualité trop banale pour une fugue et d'autres précisions doivent être données à la fugue du début de l'encéphalite pour la distinguer des autres.

2° - LA COORDINATION

Dans nos deux premières observations, on remarquera la longueur et la durée des déplacements effectués par nos malades.

Le premier a pu pendant près de un mois circuler dans une grande partie de la France, vivre hors de chez lui sans se faire remarquer par un comportement anormal.

Il n'a pas commis de délit; peut-être, si sa fugue avait duré plus longtemps aurait-il commis celui de grivèlerie car il n'avait plus d'argent sur lui quand il fut retrouvé par sa famille.

Notre deuxième malade a pu réaliser une fugue de six jours aux environs de Paris sans être inquiété et sans que son attitude éveille l'attention.

Au contraire, les malades de M. Briand, celui de Chavigny et Gelma, ont présenté des fugues brèves et

ce qui domine au cours de celles-ci, c'est l'incoordination de leurs actes, surtout en ce qui concerne les malades de M. Briand.

Il semble donc, d'après ces quelques faits, que la coordination des fugues révélatrices de l'encéphalite ne soit pas une chose constante.

Dans certains cas la fugue ne semble pas pathologique car elle est bien coordonnée et organisée, ressemblant à un acte de la vie normale pour celui qui ignore tout du malade. Il en fut ainsi pour nos deux observations.

Dans d'autres cas la fugue est mal coordonnée, inepte, tels les cas signalés par M. Briand et Chavigny.

3° - LA DUREE

La durée de la fugue révélatrice du début d'une encéphalite épidémique est excessivement variable.

Nos malades eurent des fugues longues.

C'est ainsi que le premier fit une fugue qui dura près de un mois et fut récidivante.

En effet, ramené une première fois par sa famille, il s'échappait presque aussitôt.

Notre deuxième malade fit une fugue plus brève, qui dura six jours, mais demeura isolée.

Au contraire, les fugues des malades de Briand, de Chavigny et Gelma furent très courtes.

En effet, une malade de M. Briand s'enfuit après avoir dérobé des costumes de théâtre mais elle est immédiatement rejointe et peu après se déclenche

une encéphalite. De même le malade militaire hospitalisé essaye de s'évader après avoir volé les vêtements d'une infirmière. Sa fugue est immédiatement interrompue et très rapidement apparaissent les signes cliniques neurologiques d'une encéphalite.

La durée de la fugue du malade de Chavigny et Gelma est aussi très brève.

Nous voyons donc que la durée de la fugue du début de l'encéphalite épidémique n'a rien de caractéristique.

Ces fugues peuvent être tantôt brèves, tantôt longues, sans que l'on puisse trouver dans cette durée un élément particulier qui soit en faveur de l'encéphalite.

4° - L'AMNESIE

Mais le phénomène le plus constant, important au point de vue clinique comme au point de vue médico-légal, c'est l'amnésie et l'inconscience de la fugue quand celle-ci est commise avant l'éclosion de l'encéphalite.

En effet nous retrouvons ce caractère d'amnésie et d'inconscience dans toutes les observations.

Il faut d'ailleurs noter que l'amnésie et l'inconscience sont loin d'être absolues et complètes dans tous les cas.

Si notre premier malade n'a plus un seul souvenir de ce qu'il a fait pendant sa fugue, des endroits multiples où il s'est rendu, le second présente une amné-

sie au moins aussi forte en ce qui concerne la fugue proprement dite.

Mais par contre il a quelques souvenirs très flous se rapportant à la période du vagabondage qui précédait sa fugue, puisqu'il a pu dire que pendant une douzaine de jours, au lieu d'aller à l'atelier, il se rendait sur les bords de la Seine et regardait les pêcheurs.

La malade de M. Briand, qui avait volé chez un costumier des vêtements de théâtre, ne se souvenait plus du tout de cet acte.

Mais le militaire essayant de s'évader après avoir pris le costume d'une infirmière, quoique confus et désorienté, conservait un très vague souvenir de l'acte qu'il avait commis la veille, comme dans un rêve.

Le malade de Chavigny et Gelma apparaît, dès le lendemain de son arrestation, confus, inconscient de sa situation, incapable de se rappeler le motif de son incarcération.

Après la guérison de son encéphalite il gardait non seulement de l'amnésie post-confusionnelle mais encore de la fabulation et un mélange d'inexactitudes, de faux souvenirs, de faits réels et d'explications fantaisistes.

Nous voyons donc que le caractère dominant et commun à toutes les observations de fugues survenues à la phase prémonitrice de l'encéphalite épidémique, c'est l'amnésie.

Certes, cette amnésie n'est pas toujours totale, elle peut être parcellaire, éclairée de loin en loin par quelque souvenir plus ou moins vrai, plus ou moins déformé, mais dans l'ensemble le fait le plus constant, c'est l'inconscience des actes qui ont été commis au cours de la fugue.

Cette inconscience est parfois remplacée par un état demi-conscient qui entraînera ultérieurement une amnésie plus ou moins marquée.

Cette amnésie et cet état d'inconscience ne se retrouvent qu'à la phase de début de l'encéphalite épidémique et sont bien particuliers à cette période pré-encéphalitique, car ils s'opposent à l'entière conscience des fugues et autres actes impulsifs que commentent les malades post-encéphalitiques avérés.

On connaît depuis longtemps les troubles psychiques de la période chronique de l'encéphalite, on n'y retrouve pas l'élément inconscient que nous observons dans les fugues pré-encéphalitiques.

Il nous faut donc distinguer et opposer les fugues de la phase pré-encéphalique qui sont inconscientes et amnésiques aux fugues de la période post-encéphalitique qui sont conscientes et mnésiques.

Cette inconscience, nous venons de le voir, s'accompagne d'amnésie plus ou moins marquée, car parfois l'inconscience n'est pas absolue et le sujet agit comme dans une sorte d'état crépusculaire, tel, par exemple, notre deuxième malade pendant les journées de vagabondage précédant sa fugue, ou bien un des malades de M. Briand, celui de Chavigny et Gelma.

Par la suite, revenu à un état normal, le malade peut garder un vague souvenir de cet état semi-conscient et se rendre plus ou moins bien compte de sa fugue et des actes qu'il a commis pendant celle-ci.

En résumé, à cette période de début de l'encéphalite, l'amnésie et l'inconscience des fugues les rapprochent des fugues épileptiques, mais dans les antécédents des malades, on ne retrouve jamais de phénomènes comitiaux.

Les fugues de la phase pré-encéphalitique s'effectuent dans un état d'inconscience, au même titre que le sommeil et le rêve pour ces malades. La fugue est pour eux l'expression motrice de l'onirisme qui est si fréquent dans les formes mentales de l'encéphalite ou même dans les formes banales de celle-ci.

La fugue est une extériorisation de cet onirisme sans sommeil qui est ainsi vécu dans un état de « vigilambulisme », suivant l'expression même de Chavigny et Gelma.

5° - LES RELATIONS AVEC L'ENCEPHALITE

Nous avons vu, en cours de route, les caractères cliniques des fugues de la période du début de l'encéphalite.

Elles sont impulsives, coordonnées dans une grande partie des cas, leur durée est variable, elles sont inconscientes et amnésiques, mais l'inconscience de l'acte n'est pas toujours absolue.

Surtout, le fait important est qu'elles sont suivies à plus ou moins brève échéance, en quelques heures ou en quelques jours, de l'éclosion d'une encéphalite épidémique caractérisée par des signes cliniques neurologiques et des signes biologiques.

Notre premier malade, à la fin d'une longue fugue, a présenté une encéphalite typique avec somnolence, troubles du tonus, troubles oculaires et hyperglycorachie.

Le second, après sa fugue, a réalisé une forme mentale d'encéphalite caractérisée par des troubles de la mémoire, de la volonté, de la conscience, les signes neurologiques montraient des modifications du tonus musculaire, la ponction lombaire de l'hyperglycorachie.

Les malades de M. Briand ont présenté, peu de temps après leurs fugues, les signes cliniques d'une encéphalite épidémique qui devait être mortelle pour l'un d'eux.

Le malade de Chavigny et Gelma avait, 48 heures après sa fugue, tous les signes cliniques et biologiques d'une encéphalite dont l'évolution fut favorable.

Nous voyons donc que la fugue est rare comme mode de début d'une encéphalite, mais qu'on peut très facilement la rattacher à sa cause, puisqu'elle est suivie très rapidement des signes cliniques de cette affection.

Il peut s'agir de formes typiques d'encéphalite, ou bien de formes mentales de cette affection, et, con-

naissant la variété clinique des formes d'encéphalite, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on observe des manifestations mentales et des fugues au début de celles-ci, puisque l'on sait maintenant que le virus encéphalitique, loin de se localiser uniquement au mesocéphale, frappe tous les étages du névraxe et que son action puisse fréquemment, au début de la maladie, atteindre les zones psychiques corticales ou sous-corticales de l'encéphale.

Mais, dans l'ensemble, il est rare d'observer une fugue comme mode de début d'une encéphalite, quoique les réactions psychiques soient fréquentes comme premiers symptômes de la maladie, et cette rareté s'oppose à la fréquence des fugues qui apparaissent à la période post-encéphalitique de l'affection chez l'adulte et surtout chez l'enfant.

Ces fugues du début de l'encéphalite peuvent être le premier symptôme d'une forme mentale de l'affection et entrer dans le cadre des formes mentales de l'encéphalite, ou bien elles peuvent être le premier signe pathologique d'une encéphalite qui, ultérieurement, se présentera comme une forme neurologique et non psychique.

Rien ne permet de supposer qu'une tare organique quelconque, qu'une intoxication éthylique chronique antérieure prédispose tel malade qui va faire une encéphalite à la commencer par une fugue, la diffusion du virus encéphalitique suffit à l'expliquer.

DIAGNOSTIC

La fugue, en elle-même, est une manifestation impulsive commune à de nombreuses affections.

D'après ce que nous avons vu, le diagnostic de la fugue à la phase pré-encéphalitique se pose en présence d'un malade qui vient d'effectuer une fugue impulsive, coordonnée, plus ou moins longue, inconsciente et amnésique.

Le diagnostic étiologique ne peut se discuter que si les signes neurologiques de l'encéphalite n'ont pas encore fait leur apparition.

Très rapidement, d'ailleurs, ils vont surgir et le diagnostic étiologique de la fugue ne fait alors aucune difficulté.

S'ils manquent, ou bien avant leur apparition, il convient d'éliminer les fugues épileptiques.

Mais celles-ci sont nettement et absolument inconscientes et amnésiques, on connaît le plus souvent les antécédents de l'état épileptique et on découvre souvent les stigmates de l'épilepsie.

Enfin, l'interrogatoire révèle l'intégrité des fonctions intellectuelles en dehors de l'état de fugue.

Les fugues réalisées par les paralytiques généraux sont rarement brusques et impulsives, elles sont en

partie seulement amnésiques et inconscientes, elles sont mal coordonnées, puériles, entrecoupées d'actes ridicules sans rapport avec elles-mêmes.

L'examen montrera l'affaiblissement intellectuel, les troubles de l'attention, de la mémoire, de l'auto-critique, les signes cliniques neurologiques et les signes biologiques de la méningo-encéphalite diffuse syphilitique.

Les fugues des psychasthéniques contre lesquelles les malades luttent péniblement, qu'ils accomplissent rapidement et presque joyeusement comme s'ils en étaient soulagés sont mnésiques et conscientes.

Le malade dont l'intelligence est intacte les juge sainement.

On éliminera également les fugues dues à un état délirant systématisé, mais ces fugues sont logiques, coordonnées, tendues vers un but dont elles ne dévieront pas et pour l'atteindre, toute l'intelligence délirante travaille dans le même sens.

PRONOSTIC

Le pronostic n'est pas fonction de la fugue ou de la forme mentale qu'elle révèle, mais de l'encéphalite qui lui fait suite.

Nous avons vu que la fugue pouvait être le début d'une forme d'encéphalite mortelle, comme dans un cas de M. Briand.

Il n'est pas possible de savoir quel a été l'avenir psychique de l'autre malade de Briand, ni de celui de Chavigny et Gelma, nous savons seulement qu'il est sorti guéri de l'hôpital de Strasbourg.

Pour nos deux malades, nous ignorons actuellement ce qu'est devenu celui de l'observation II, de comportement normal à sa sortie de l'hôpital. Nous savons seulement qu'il a pu reprendre son métier de tourneur, au début de 1939.

Par contre, celui de l'observation I a pu reprendre l'exercice de sa clientèle, après avoir quitté le service.

Mobilisé, il a fait toute la guerre comme médecin de bataillon d'un régiment d'infanterie, fait prisonnier, il a subi trois mois de captivité; rentré chez lui, il a repris sa clientèle, et, aux dires de sa famille, maintenant prévenue et à l'affût du moindre trouble

de son état physique ou psychique, il est actuellement tout à fait normal.

Plus de deux ans après sa fugue et son encéphalite aiguë, il peut, pour l'instant, être considéré comme guéri, mais, étant donné l'évolution capricieuse de l'affection, rien ne peut nous faire prévoir quel sera l'avenir de ce malade au point de vue psychique ou physique.

Nous voyons donc que la fugue n'a pas de conséquence péjorative au point de vue pronostique.

Le pronostic vital est uniquement fonction de la gravité de l'encéphalite qui, ultérieurement, va se déclancher.

La fugue comme mode de début de l'encéphalite, ne semble pas être un élément fâcheux au point de vue de l'avenir du psychisme du malade, elle ne l'est pas plus qu'un état délirant ou un accès de confusion mentale passagers qui marque le début d'une encéphalite banale ou à forme mentale.

CONSÉQUENCES MÉDICO-LEGALES

Nous avons vu, dans nos observations, que l'inconscience et l'amnésie étaient parmi les caractères dominants de la fugue, premier symptôme pathologique qui va révéler une encéphalite épidémique.

L'inconscience, ou, à un degré moins marqué, un état crépusculaire accentué, s'observe aussi chez les différents malades de M. Briand, de Chavigny et Gelma.

Or, aux termes de l'article 64 du Code Pénal :

« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il y a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Les fugues inconscientes et amnésiques du début de l'encéphalite que nous avons rapportées tombent donc dans le cadre des faits énumérés par l'art. 64 du Code Pénal et vont donc bénéficier des termes de celui-ci, s'il se produit un délit au cours de telles fugues.

Il n'en est pas de même pour les actes commis au cours des fugues par des malades post-encéphalitiques, car dans ce dernier cas, le sujet n'est pas en état de démence ou sous l'empire d'une force à laquelle

il ne peut résister, car il est conscient de ses actes.

Il doit cependant bénéficier de circonstances atténuantes, en raison de l'atroce maladie dont il subit les conséquences au point de vue psychique comme au point de vue physique.

Au point de vue médico-légal, le fugueur qui, peu de temps après sa fugue, va présenter les signes cliniques d'une encéphalite, est totalement ou presque totalement inconscient des actes qu'il a commis au cours de la fugue.

Les termes de l'article 64 du Code Pénal doivent donc lui être appliqués, car au moment de sa fugue, il était en état de démence.

CONCLUSIONS

— La fugue, phénomène initial et révélateur d'une encéphalite épidémique, est un accident rare.

Une telle fugue entre dans le cadre des manifestations mentales qui peuvent apparaître au début de l'encéphalite, au même titre que l'onirisme, c'est un onirisme vécu dans un état de vigilambulisme.

— La durée de la fugue est variable, longue ou brève ; elle est toujours impulsive, rien ne permet de la prévoir.

Elle est plus ou moins bien coordonnée.

Elle précède de peu l'éclosion des premiers signes physiques neurologiques de l'encéphalite épidémique.

Fait important, la fugue révélatrice de l'encéphalite est inconsciente et amnésique.

— Au point de vue médico-légal :

La fugue inconsciente du début de l'encéphalite épidémique doit bénéficier, si des actes délictueux sont commis au cours de la fugue des termes de l'article 64 du Code Pénal :

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

VU : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

VU :
Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Pour le Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur de l'Académie :
E. ABRY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMSON. — Epidemic polioencephalitis (lethargic encephalitis) (*New-York Medical Journal*, 5 juillet 1919, p. 17).
- Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Journal of Nervous and Mental Disease*, sept. 1920, p. 193)
- ACHARD. — L'encéphalite épidémique.
- ADAM et FREY. — De la période médico-légale dans l'encéphalite léthargique. Congrès de Besançon, 1923 (*Revue Neurologique*, t. II, p. 264).
- ALAMARTINE. — Thèse, Paris, 1920.
- ANDERSON SMITH, PARKES WEBER et PARK. — Trois cas de stupeur épidémique (*The Lancet*, 25 mai 1918).
- ARDIN DELTEIL, RAYNAUD et DERRIEU. — Modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Formes ambulatoires pouvant simuler le début de la P. G. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 19 mars 1920.)
- AUBRY. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} janvier 1921, p. 1).
- BASSOC. — Epidémie Stupor (*J. of the Americ. Med. Assoc.*, 5 avril 1918).
- BASSOE. — Les formes délirantes et méningo-radicaux dans l'encéphalite épidémique (*J. of the Americ. Med. Assoc. of Chicago*, 10 avril 1920).
- BATTEN et STILL. — Stupeur épidémique des enfants (*The Lancet*, 4 mai 1918, p. 636).

- BESSON. — Les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique. La psychose encéphalitique (*Thèse Paris*, 1923).
- BOGORAZE. — Quelques considérations relatives aux troubles psychiques et psychomoteurs de l'encéphalite épidémique (*Thèse Paris*, 1923).
- BOSC. — Le délire dans l'encéphalite léthargique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 7 mai 1920).
- BREMER. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique (*Encéphale*, août 1920, p. 517).
- BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique (*Thèse Montpellier*, 1921).
- BRANCHE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique (*Thèse Lyon*, 1922).
- BRIAND. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal (*Bull. de l'Académie de Médecine*, t. 86, 22 novembre 1921).
- BRIAND et FRIBOURG-BLANC. — Importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'encéphalite épidémique (*J. de Psychologie*, juin 1923, p. 589).
- BRIAND et ROUQUIER. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique (XXIV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de langue française à Strasbourg, 1920, et *Revue Neurologique* 1920, p. 948).
- Quelques cas d'encéphalite léthargique à forme délirante et ambulatoire (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 13 fév. 1920, p. 198).
- CAHANE. — Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique (*Bull. de la Soc. Roumaine de Neurologie et Psychiâtrie*, février 1925, p. 21).
- CAMUS. — Encéphalite léthargique (*Paris Médical*, 4 oct. 1919, p. 259).

- CARAMAN. — Un cas d'encéphalite épidémique, avec hallucinations, fugues et accès convulsifs (*Bull. de la Soc. Roumaine de Neuro et Psych.*, n° 1, avril 1926).
- CHAUFFARD et BERNARD (M^{lle}). — Encéphalite léthargique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 avril 1918, p. 330 et 24 mai 1918, p. 470).
- CHAVIGNY et GELMA. — Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. 86, 26 juillet 1921, p. 113).
- CLAUDE. — A propos de l'encéphalite léthargique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 avril 1918, p. 364).
- Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Encéphale Sept.*, 1920, p. 546).
- COMBEMALE, VULLIEN et ASSOIGNON. — Les formes mentales de l'encéphalite épidémique (*Echo Méd. du Nord*, 30 juillet 1921, p. 289).
- COUMEL. — Syndrômes dépressifs encéphalitiques (*Thèse Lyon*, 1926).
- CRUCHET, MOUTIER et CALMETTE. — Quarante cas d'encéphalomyélite subaiguë (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 27 avril 1917, p. 614).
- DENECHAU, PAPIN et BLANC. — Quatre cas d'encéphalite léthargique à Angers. Leurs modalités cliniques, leurs suites après cinq mois d'évolution (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1919).
- DUPOUY. — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Encéphale*, juillet 1920, p. 485).
- DUPOUY et HYVERT. — Fugues obsédantes et encéphalite épidémique (*Soc. de Psychiatrie*, 18 févr. 1926, et *Revue Neurologique* 1926, t. I, p. 470).

- DREYFOUS. — Deux cas d'encéphalite à forme mentale (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} janvier 1921, p. 12).
- VON ECONOMO. — L'encéphalite léthargique (*Jahrbuch f. Psych.*, 1917, p. 253).
- Die encephalitis lethargica (*Wiener Klinisch Wochens* 15-22 avril 1920, pp. 329 et 361).
- ESCHBACH et MACET. — Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 23 juillet 1920, p. 1081).
- EUZIÈRE. — Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (*Gazette des Hôpitaux*, 2 décembre 1920).
- FRIBOURG-BLANC. — Les réactions antisociales de l'encéphalite épidémique (*Annales de Médecine Légale*, juillet 1928, p. 281).
- FROMENT et COMTE. — Encéphalite épidémique à forme délirante (*Lyon Médical*, 25 juin 1920).
- GUY LAROCHE et FILASSIER. — Un cas d'encéphalite épidémique à forme neurologique et délirante puis léthargique (*Paris Médical*, 19 juin 1920).
- HARMAND. — Troubles psychiques dans l'encéphalo-myélite épidémique (*Thèse de Bordeaux*, 1920).
- HESNARD. — La psycho-encéphalite aiguë épidémique et les troubles psychiques de l'encéphalite aiguë dite léthargique (*Encéphale*, 19 juillet 1920, p. 443).
- KAHN. — La psychose encéphalitique (*Journal de Psychologie*, octobre 1922, p. 747).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (*Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1921).
- LE GUILLANT. — Troubles mentaux dans l'encéphalite (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 15 janvier 1932, p. 16).
- LEROY. — Troubles mentaux au cours de l'encéphalite épidémique (*Bull. de la Soc. de Méd. Mentale de Belgique*, 1922, n° 192).

- NETTER. — Sur quelques cas d'encéphalite léthargique observés à Paris (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 22 mars 1918, p. 307 et 26 avril 1918, p. 384).
- PETIT. — Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 22 avril 1921).
- Encéphalite épidémique et divorce. Contribution à l'étude médico-légale des formes mentales de l'encéphalite léthargique (*Journal de Psychologie*, 15 juillet 1921, p. 571).
- Considérations générales sur les troubles mentaux et les formes mentales ou psycho-organiques de l'encéphalite épidémique (*Pratique Médicale Française*, novembre 1925, p. 481).
- PIENKOWSKI. — Troubles psychiques au cours de l'encéphalite épidémique léthargique (*Revue Neurologique*, 1923, t. II, p. 121).
- RAYNEAU, MARCHAND et DESHAYES. — Un cas d'encéphalite épidémique aiguë à forme mentale (*Soc. Clinique de Médecine Mentale et Revue Neurologique*, 1926, t. I, p. 466).
- ROBIN. — Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant (*Thèse, Paris*, 1923).
- ROGER. — Encéphalite aiguë épidémique, forme léthargique, myoclonique, choréo-ataxique, délirante et névralgique (*Marseille Médical*, 15 avril-15 juin 1920).
- ROTTENBERG. — Contribution à l'étude des syndrômes démentiels de l'encéphalite épidémique (*Thèse Paris*, 1932).
- SAINTON. — Encéphalite léthargique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 mai 1918, p. 424).
- L'encéphalite léthargique (*Presse Médicale*, 23 septembre 1918, p. 487).
- SANCTIS. — Les troubles psychiques des encéphalites (*Accad. Med. di Roma*, 23 mai 1920).

TRUELLE et PETIT. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Congrès de Neurologie et Psychiâtrie de Quimper* 1922, *Revue Neurologique* 1922, t. II, p. 1144).

WIMMER. — Les troubles mentaux précurseurs de l'encéphalite épidémique chronique (*Annales médico-psycholog.*, avril 1925, p. 306).

